

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

553

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Adolphe BIREW

Né le 2 Août 1911, à Leszniow (Pologne)

**Contribution à l'étude
des mutuelles chirurgicales**

Président : M. TANON, Professeur

IMPRIMERIE GASTON DALEX
171, Rue Saint-Jacques — PARIS

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Adolphe EIREW

Né le 2 Août 1911, à Leszniow (Pologne)

**Contribution à l'étude
des mutuelles chirurgicales**

Président : M. TANON, Professeur

IMPRIMERIE GASTON DALEX
171, Rue Saint-Jacques — PARIS

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOWSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.

H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
M. VILLARET.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
CROUZON.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.
HOVELACQUE.



Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de
l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique cardiologie
Clinique d'assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Crologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

MM.
ALAJOUANINE .
BRULE
AUBERTIN
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY - RADOT
SEZARY

Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROCC
CADENAT
GATELLIER
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie Clinique.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET MON PERE

*qui ont tout sacrifié pour réaliser mes
ambitions,*

*Toute ma tendresse et ma reconnaissance
infinies,*

A MON FRERE MAX

Docteur en Médecine
Médecin-Stomatologiste des Hôpitaux de Vienne
(Autriche)

*qui fut mon guide éclairé et dont les
sacrifices ont permis la réalisation de mes
rêves de jeunesse,*

*Bien faible témoignage de ma reconnais-
sance,*

A TOUTE MA FAMILLE ET A TOUS LES MIENS

*Bien faible témoignage de mon immense
affection.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LOUIS TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Coloniale
Conseiller Technique du Ministère de Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,
Ma profonde reconnaissance.*

AUX MEMBRES DU JURY

A MES MAITRES DU P. C. N.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Monsieur le Professeur H. CLAUDE
Monsieur le Professeur GOUGEROT
Monsieur le Professeur GUILLAIN
Monsieur le Professeur LEMAITRE
Monsieur le Professeur LEMIERRE
Monsieur le Professeur MARION
Monsieur le Professeur TERRIEN
Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

A MES MAITRES ET PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE REIMS

A MON REGRETTE MAITRE

Monsieur le Professeur RENÉ JACQUINET DE REIMS

(In memoriam.)

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE REIMS

Monsieur le Professeur HENRI LARDENNOIS
Chirurgien en Chef des Hôpitaux de Reims
Professeur à l'Ecole de Médecine

*qui fut mon guide bienveillant et qui guida
avec tant de bonté et d'amicale indulgence
mes premiers pas en Chirurgie,
En témoignage de profonde gratitude.*

Monsieur le Professeur JEAN BILLARD

Chirurgien des Hôpitaux de Reims
Professeur à l'Ecole de Médecine

*dont la bienveillance amicale à mon égard
ne s'est jamais démentie,
Avec l'expression de toute ma reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENE FRANQUET

Officier de Santé Publique
Médecin des Hôpitaux de Reims
Professeur à l'Ecole de Médecine
Médecin-Légiste
Médecin assermenté près les Tribunaux

*Qu'il veuille bien trouver ici :
Mes remerciements pour m'avoir guidé
dans les périodes difficiles de mon existence;*

*L'assurance d'un attachement profond
pour avoir massé sous ma forme pratique
mes notions médicales éparses, avec patience,
bienveillance et bonté amicales.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAX SAINMONT

Médecin-Directeur des Sanatoriums d'Etat
à Saint-Gobain

ET MADAME SAINMONT

*En témoignage de respectueux attachement
et de profonde gratitude pour l'accueil
qu'ils m'ont réservé comme Interne
au cours de longues périodes à Saint-Gobain.*

A MES AMIS LES DOCTEURS

MARIA FIGUERAS Y MORALES, M. SEIDEN

J. LEISER ET MADAME LEISER

En souvenir de notre franche camaraderie et de fraternelle affection.

A TOUS MES AMIS DE PARIS, REIMS
ET DES ALPES

*qui, par leur amitié, ont contribué à la
création de cette grande Famille Française
à laquelle je dois tant de bienfaits,
Hommage de reconnaissante affection,*

INTRODUCTION

Le corps médical ainsi que le public ont suivi avec un intérêt croissant le développement rapide des Mutuelles Chirurgicales.

Nous remercions Monsieur le Professeur-Agrégé Joannon de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en nous suggérant un sujet de thèse d'une telle actualité.

Nous nous sommes proposés d'étudier, dans la première partie du présent travail, le but de ces Sociétés de Secours Mutuels et leurs rapports avec le corps médical.

La deuxième partie sera consacrée à l'étude des principes de l'organisation et du fonctionnement des Mutuelles Chirurgicales.

La troisième partie englobera les données statistiques et les comptes rendus des congrès des différentes Mutuelles Chirurgicales.

CHARITRE PREMIER

LÉGISLATION — BUT

Les Mutuelles Chirurgicales sont soumises à la même législations que les autres sociétés de secours mutuels : loi du 1^{er} avril 1898, modifiée par les lois du 31 mars 1903, 2 juillet 1904, 5 décembre 1908, 6 février 1914, 1^{er} avril 1914, 7 janvier 1922, 15 août 1923 et le décret-loi du 30 octobre 1935.

Nous ne donnerons ici que quelques principes de cette législation, et nous renvoyons les lecteurs au travail de MM. Boudin et Appleton, qui contient un résumé très précis sur cette question.

Une condition est imposée aux Sociétés de Secours Mutuels qui, pour être considérées comme telles, doivent garantir, à tous leurs membres participants, les mêmes avantages sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et des risques supportés.

Les Sociétés de Secours Mutuels ont une personnalité morale, mais leurs capacités et les avantages qui leur sont attribués diffèrent suivant qu'elles sont libres, approuvées ou reconnues d'utilité publique.

Les statuts doivent régler les rapports de la Société avec le corps médical et la façon dont celui-ci assure

les soins à ses membres (forfait, libre choix, système d'abonnement, tarifs).

But. — Les Mutuelles Chirurgicales ont comme but d'apporter à leurs adhérents l'aide chirurgicale nécessaire, tant du point de vue technique que du point de vue financier.

La prévoyance chirurgicale, dont on parle beaucoup depuis quelque temps, n'est pas une chose tout à fait neuve. La Mutualité a donné des secours à ceux de ses membres qui se trouvaient dans la nécessité de recourir à une intervention chirurgicale. Mais cette action ne représentait en réalité qu'une part très faible de ce qu'il eût fallu entreprendre.

Il fallait écarter le *risque chirurgical*, qui pèse sur tout le monde et qui survient presque toujours inopinément et lorsque les ressources du ménage ne permettent pas d'y faire face, *c'est le drame du foyer*. Cette nécessité de solidarité, qui se faisait sentir de plus en plus, était la cause principale de la naissance des Mutuelles Chirurgicales, créées uniquement dans un but de solidarité.

Si on veut avoir une idée exacte des Mutuelles Chirurgicales, il faut bien différencier, d'une part, les Caisses Chirurgicales créées et gérées par la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou par la Fédération Nationale des Caisses Chirurgicales Mutuelles de Bordeaux, n'ayant aucun intérêt personnel; et, d'autre part, les différentes Caisses dues à une initiative privée, qui ne sont que difficilement contrôlables.

La prévoyance chirurgicale procède d'une double pensée : protéger l'individu, et en même temps la société entière, contre le risque chirurgical.

Un grand nombre de personnes s'inquiètent que,

le jour où elles devront être opérées, elles seront non seulement incapables de travailler, mais aussi menacées de graves complications budgétaires, difficilement évitables à cause de la modicité de leurs ressources.

Cette crainte des maladies chirurgicales est réelle, et nous la voyons surtout développée en province. Il reste bien à ces gens la possibilité de se faire soigner à l'hôpital, si toutefois il s'en trouve un dans la région. Mais beaucoup d'entre eux possèdent une véritable « phobie » de cet établissement, et il est très difficile de les y faire entrer, même quand cela s'avère urgent et nécessaire.

Les Mutuelles Chirurgicales se sont donné comme tâche de résoudre le problème de cette classe de la population. Il s'agit d'associer, dans un but de solidarité effective, un grand nombre de personnes qui versent des cotisations, d'autant plus petites que leur nombre est plus grand, pour se garantir du risque chirurgical. D'autre part, ces organisations devront assurer à leurs adhérents tous les soins chirurgicaux. En accordant aux gens modestes la possibilité de choisir l'établissement qui abritera leur souffrance, les Mutuelles Chirurgicales ont réalisé un vœu que le public croyait difficilement applicable, et réservé jusque-là aux personnes fortunées. Les malades pourront ainsi se confier sans trembler aux mains d'un chirurgien connu, par les soins duquel ils renaîtront à la santé. Ainsi se pose une question du moral du malade, qui a une grande influence sur la convalescence et la guérison.

Les Mutuelles Chirurgicales permettent aux malades qui ne veulent pas être un simple numéro d'hôpital de choisir l'établissement et le chirurgien dans lequel ils ont confiance. Cette confiance et la certitude de

la guérison influent considérablement sur la résistance physique et morale du malade. En donnant à la place du secours charitable des hôpitaux une aide efficace au malade, les Mutuelles Chirurgicales diminuent en même temps les dépenses hospitalières de la collectivité.

Nous voyons souvent des malades porteurs d'une affection chirurgicale reculer la date de l'intervention à cause de leur situation financière. Le système de solidarité organisé par les Mutuelles Chirurgicales doit faire diminuer le nombre de gens porteurs d'une affection chirurgicale latente et opérable, qui peut se compliquer à n'importe quel moment. En leur donnant la possibilité de subir une intervention chirurgicale, dans des conditions qui n'atteignent pas l'équilibre financier familial, les Mutuelles Chirurgicales contribuent efficacement à la défense de la santé publique et de l'hygiène sociale.

CHAPITRE II

ORGANISATION — FONCTIONNEMENT

La forme tout d'abord employée, pour la réalisation de ces œuvres de solidarité, a été la clinique, construite de toutes pièces par les Unions Mutuelles.

C'est le département de l'Hérault qui s'honore d'avoir créé la première maison de santé chirurgicale mutualiste, et son exemple fut imité par plusieurs Unions départementales, telle que celle de la Gironde, des Bouches-du-Rhône, de la Loire, etc. Ce système présente l'avantage de réaliser un *armement sanitaire* du pays, en lui donnant des installations dont l'importance dépasse les possibilités des réalisations privées. Cette formule d'attribution directe de soins n'a pas pu être appliquée partout, pour plusieurs raisons :

- 1° Difficulté de réunir les capitaux nécessaires;
- 2° Elle demande une gestion attentive et délicate;
- 3° Pour être pleinement efficace, elle nécessite toujours une densité notable de la population;
- 4° Elle peut aussi ne pas être préférable, lorsque la région possède un établissement chirurgical privé susceptible d'être mis à la disposition des mutualistes dans des conditions satisfaisantes.

Un facteur du psychisme des malades joue aussi un certain rôle; ils préfèrent être opérés pas très loin de leur domicile et près de leur famille, sans compter que la distance est souvent nuisible en cas d'urgence opératoire.

C'est de ces raisons générales que sont nées les Caisses Chirurgicales Mutuelles.

La création d'une Caisse Chirurgicale Mutuelle est beaucoup plus facile que la construction et l'installation d'une clinique, même de moyenne importance.

Les Caisses Chirurgicales Mutuelles fonctionnent comme une Société de Secours Mutuels et utilisent les cliniques chirurgicales existant dans la région.

L'initiative de la fondation d'une Caisse Chirurgicale Mutuelle est rarement spontanée; elle est prise dans la plupart des cas par les Unions Mutualistes déjà existantes.

Dans un certain nombre de cas, ce sont les syndicats médicaux qui fondent une Caisse Chirurgicale Mutuelle.

Dans le premier cas, l'adhésion de ces Sociétés de Secours Mutuels avec leur effectif complet permet l'application de la *loi des Grands Nombres*, qui facilite le jeu de l'assurance; de cette manière on réunit, dans un temps très court, des effectifs importants.

Dans le second cas, c'est sous le patronage du corps médical ou de la Fédération des Syndicats Médicaux que s'organise la Caisse Chirurgicale Mutuelle.

Les animateurs d'un grand nombre de ces Caisses ont été les D^{rs} Delmas et Belly.

L'initiative prise, on convoque une Assemblée Générale Constitutive. Tout doit être désormais prêt pour la création de la Caisse Chirurgicale Mutuelle. Un projet du Règlement ou des Statuts est mis à la disposition de chaque membre de l'Assemblée. On procède

alors à l'élection des administrateurs provisoires. Dès lors le recrutement des adhérents doit être commencé le plus tôt possible.

STATUTS

Le projet des statuts est établi généralement d'après un modèle de Statut-Type existant.

Le règlement des diverses Sociétés est très variable, et nous avouons n'avoir pas trouvé deux statuts identiques, malgré le grand nombre des Caisses Chirurgicales Mutuelles existant actuellement. Mais le principe de ces Sociétés est identique.

La Société se compose de membres honoraires et participants. Elle est administrée par un Conseil composé de plusieurs membres. Ses ressources financières sont constituées par les cotisations des adhérents. Certaines d'entre elles peuvent bénéficier des subventions accordées par l'Etat, le Département, les Communes ou les particuliers, et parfois même de legs et de dons. L'acceptation de ces derniers doit être approuvée par l'autorité compétente.

Les Caisses Chirurgicales Mutuelles, pour éviter les charges financières trop importantes, imposent à leurs membres un *stage* d'une durée variable (3 mois pour l'Union Mutuelle Chirurgicale Parisienne; 1 an pour les C. C. M. des Alpes-Maritimes, de la Gironde et de Guyenne-Gascogne).

Durant cette période de stage, les membres de la Caisse Chirurgicale Mutuelle ne peuvent jouir de prestations intégrales, définies par le contrat. Toutefois, certaines Caisses couvrent dès l'inscription le *risque-accident*, tel qu'il est défini par la loi sur les accidents du travail (loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1^{er} juillet 1938).

Par le stage, les Mutuelles évitent l'inscription des porteurs d'une affection chirurgicale constituée et reconnue qui adhèrent temporairement pour faire supporter les frais de l'intervention par la Caisse Chirurgicale Mutuelle.

Une *visite médicale* à l'entrée a été imposée, dans le même but, par certaines Caisses Chirurgicales Mutuelles, sans être employée dans un grand nombre d'entre elles.

Dans certains cas, on a recours au système des *admissions conditionnelles* (limitation dans la durée et dans les modalités du stage).

Les Caisses ne remboursent pas les opérations de chirurgie esthétique, sauf celles qui résultent d'un accident (chirurgie réparatrice).

D'autres Caisses ne prennent à leur charge que les interventions dont la valeur est représentée dans la nomenclature de la Confédération des Syndicats Médicaux Français par un coefficient supérieur à seize, en écartant ainsi les petites interventions qui ne mettent pas le budget familial en déséquilibre.

Les opérations du ressort de la chirurgie dentaire ne sont pas à la charge des Caisses Chirurgicales Mutuelles, aussi bien que les accouchements. Nous reviendrons plus tard sur ces problèmes.

La Caisse prend à charge les paiements des honoraires du chirurgien, de ses aides et de ses anesthésistes. Le malade n'a donc rien à payer. Mentionnons que le libre choix du chirurgien existe presque partout, sauf dans quelques Caisses où il est limité aux chirurgiens ayant passé une convention avec la Caisse Chirurgicale Mutuelle. Dans ce cas, le malade a néanmoins, très souvent, le droit de se faire opérer par un praticien non agréé par la Caisse; il reçoit alors, sous

réserve du contrôle médical préalable et sur justification, une indemnité en espèce, en rapport avec le prix de l'opération.

Le choix de la clinique peut être libre, ou limité à celle qui a signé un contrat avec la Mutuelle.

La gratuité s'étend aussi à la pharmacie (prescriptions magistrales, spécialités), aux pansements, aux examens de laboratoire et de radiologie, nécessités par l'opération et ses suites directes.

Les frais du séjour à la clinique sont aussi à la charge de la Mutuelle. Une durée moyenne maximum est attribuée à chaque intervention. Remarquons que le forfait avec la clinique s'entend, en général, pour petit dortoir de quelques lits; les malades désirant une chambre à part règlent le supplément.

Certains traitements de physiothérapie sont à la charge des Caisse Chirurgicales Mutuelles s'ils doivent assurer la guérison ou la confirmer (radium, rayons X). Les contre-experts pourront demander une justification d'un tel traitement par un examen histologique des tissus.

Quelques Caisses Chirurgicales Mutuelles prévoient qu'avec le développement de leur réseau national des accords pourraient intervenir, afin de permettre aux Mutualistes de recevoir l'aide chirurgicale dans n'importe quelle partie du territoire (important en cas de changement de résidence, départ en vacances, voyages, etc.). Dès que l'équilibre financier des Sociétés le permettra, celles-ci envisageront quelques avantages pour leurs membres, par exemple : transport gratuit en ambulance, fourniture des appareils orthopédiques, et même institution de visites à domicile des opérés, pour venir en aide à la femme et aux enfants.

En résumé, nous dirons que : la Mutuelle Chirurgicale résoud la totalité, ou la majeure partie des pro-

blèmes qui se posent, au cas où un de ses membres doit se faire opérer. Elle crée des possibilités nouvelles, pour toute une classe de la population, en assurant les malades contre le risque le plus douloureux — « le risque chirurgical » — tout en conciliant cette solidarité sociale avec la défense légitime des intérêts médicaux en jeu.

La vraie Mutuelle Chirurgicale joue ainsi un rôle de *tutrice sociale* de ses membres; elle fixe des honoraires précis et s'oppose à la dichotomie qui, par tout ce qu'elle a d'occulte, est indigne du médecin traitant, qui reçoit une redevance pour un travail qu'il n'a pas effectué. Mais si le médecin traitant assiste effectivement à l'opération, il est juste qu'il perçoive un honoraire (la Mutualité le recommande même, à cause de l'importance que possède la connaissance du corps de son malade pour le diagnostic et la conduite du traitement).

Les Caisses des Assurances Sociales l'ont prévu dans leur tarif.

Le Dr Cibrie, de la Confédération des Syndicats Médicaux, propose dans ce cas un honoraire égal à cinq fois le prix de la visite.

LES DEVOIRS DES SOCIÉTAIRES ENVERS LEURS CAISSES CHIRURGICALES MUTUELLES

Ils payent en adhérant à une Caisse Chirurgicale Mutuelle un *droit d'admission* qui, dans les Caisses de la Fédération Nationale de la Mutualité, est très bas et couvre seulement les frais du statut, la carte de sociétaire, le bulletin d'admission, etc.

Ce droit est un peu plus élevé (environ 20 francs) dans les Caisses de la Fédération Nationale des C.C.M.

de Bordeaux, où nous le trouvons dans les recettes de la Société.

Cotisations. — Leur taux est déterminé de telle façon qu'il doit équilibrer les charges et permettre la constitution d'un fond de réserve, destiné à parer aux imprévus. Pour déterminer la cotisation, on prend des données constantes, par exemple :

- Prix moyen de l'intervention chirurgicale;
- Prix moyen des frais de clinique par intervention;
- Nombre annuel des interventions par cent personnes.

Ces trois éléments permettent d'établir le prix de revient pour cent personnes, une simple division nous donnera le coût par personne. Ce prix est, d'après la F. N. M. F., d'environ trente francs par individu et par an.

(Les détails permettant d'établir exactement les trois éléments cités se trouvent dans le travail de M. Lavielle.)

C'est à ce chiffre de trente francs par an que correspondent à peu près les cotisations annuelles de diverses Caisses Chirurgicales Mutuelles. La cotisation diminue si le nombre des adhérents augmente. Le chiffre, dont la détermination a été exposée plus haut, concerne les cotisations des *personnes isolées, non assurés sociaux*, qui par ailleurs n'ont aucune sorte de couverture du risque chirurgical et qui, pour l'obtenir, doivent payer une cotisation entière. Cette catégorie de mutualistes forme, dans quelques Mutuelles, le *groupe A* des cotisants.

Le deuxième *groupe B* comprend les membres des Caisses Chirurgicales Mutuelles qui, par le fait d'être

Assuré Sociaux (A. S.) sont des « prévoyants obligatoires » et possèdent une partie des risques chirurgicaux couverts par les Caisses des Assurances Sociales. Si, par exemple, les prestations des Assurances Sociales représentent 50 % du montant des ressources nécessaires au paiement des frais chirurgicaux, on déterminera alors une cotisation capable de valoir à l'opéré 50 % des forfaits chirurgicaux non couverts. De cette manière, l'Assuré Social ne paye que ce qu'il doit pour posséder l'égalité de droits et de devoirs avec les autres mutualistes.

Le troisième *groupe C* comprend les mutualistes appartenant à des œuvres couvrant déjà le risque chirurgical. Leurs cotisations seront diminuées proportionnellement au pourcentage du risque couvert par la Société à laquelle appartient l'adhérent.

Le *groupe A* est formé en grand nombre par les *isolés*, c'est-à-dire des gens qui viennent à la Mutualité Chirurgicale sans avoir aucune partie du risque chirurgical couvert par n'importe quelle assurance. Ce sont eux qui payent les cotisations les plus élevées. Pour donner un exemple, nous citerons quelques chiffres d'une *Caisse Chirurgicale Mutuelle de l'Yonne* qui assure à ses adhérents le remboursement total des frais d'opération, de pharmacie et de séjour en clinique. Ses sociétaires possèdent le libre choix du chirurgien et de la clinique dans le département et quelques arrondissements limitrophes.

La catégorie A paye : 5 francs par mois. Pour les ménages sans enfant, le mari paye 4 francs et la femme 4 francs. Pour un groupe familial, le mari paye 4 francs, la femme 3 fr. 50, le premier enfant 3 francs, le deuxième et le troisième 2 francs; au delà du troisième enfant, aucune cotisation n'est exigée, et le risque est quand même couvert (importance pri-

mordiale de ce *tarif dégressif* pour les familles nombreuses).

La catégorie B est formée dans sa majorité par les Assurés Sociaux.

Leur proportion varie selon les Caisses, et leur nombre prouve l'importance des relations des Assurances Sociales avec les Caisses. Parmi quelques Mutuelles Chirurgicales, 70 % des adhérents sont des Assurés Sociaux ou des membres de leur famille, 30 % ne le sont pas.

La cotisation qu'ils payent est plus basse. Par exemple, pour la Caisse citée plus haut : Célibataires 3 fr. Ménages sans enfant, mari 3 francs, femme 2 fr. 75. Pour les autres, premier enfant 2 francs, deuxième et troisième 1 fr. 50; aucune cotisation pour les suivants.

Dans l'état actuel des choses, le fonctionnement technique et financier des Mutuelles Chirurgicales et des Assurances Sociales reste absolument indépendant et séparé.

Cette question devrait d'ailleurs être étudiée par les organismes compétents, en vue d'une meilleure coordination.

Les Caisses Chirurgicales Mutuelles récupèrent les prestations en nature au guichet de la Caisse des Assurances Sociales, à l'aide d'un « pouvoir » que l'Assuré Social leur donne avant son entrée à la clinique.

Les Caisses Chirurgicales Mutuelles tentent à éviter au malade les démarches et les formalités en écartant les questions des Assurances Sociales, des prix et d'argent entre le chirurgien, la clinique et lui.

Les facilités (tarif progressivement dégressif) accordées à la femme et à l'enfant sont d'un sérieux intérêt social; il en résulte un accroissement sensible de la sécurité et du bien-être pour les familles nombreuses;

et dans les circonstances présentes, c'est là une contribution importante dans la lutte contre la dénatalité. Il est absolument nécessaire, comme dit Jules Simon, que « le père, la mère et les enfants ne soient point séparés, mais restent unis non seulement au foyer, mais aussi dans la Mutualité et dans la Solidarité ».

LE CORPS MEDICAL ET LES MUTUELLES CHIRURGICALES

Les rapports du corps médical et des Mutuelles Chirurgicales sont des plus étroits.

Un grand nombre de membres honoraires de toutes les Caisses se recrutent parmi les médecins.

Les Caisses Chirurgicales Mutuelles de la Fédération de Bordeaux sont organisées pour la plupart par le corps médical et ses syndicats; leurs rapports ne peuvent pas être plus étroits.

En ce qui concerne les Mutuelles de la Fédération Nationale de la Mutualité, leurs rapports avec le corps médical se définissent dans les indications que leur Secrétaire Général, M. Lavielle, donne aux organisateurs des Mutuelles et que nous empruntons à son travail :

« La Commission d'Etude de la future Mutuelle doit se tourner vers le chirurgien; il est à peine besoin de dire que cette démarche doit être faite avec le désir sincère, formel, d'aboutir à une entente qui consacre le plus équitablement possible l'intérêt des deux parties. »

« La Mutualité n'est pas une entreprise de soins à prix réduits, elle veut au contraire obtenir, pour tous ceux qu'elle réunit, les soins les meilleurs; elle payera ausis cher que ses possibilités financières le lui per-

mettront. Son action libre, s'ajoutant à la prévoyance obligatoire, permet de diriger vers la clinique, où les praticiens percevront des honoraires, des malades qui seraient allés à l'hôpital, où des chirurgiens les auraient opérés gratuitement. »

(Dans la Région Parisienne, plus de 90 % des Assurés Sociaux sont opérés à l'hôpital public.)

La collaboration confiante des Caisses Chirurgicales Mutuelles avec le corps médical organisé contribue à créer des possibilités pour les chirurgiens, atteints eux aussi par la crise économique qui ravage le monde, en défendant leurs droits légitimes à l'existence professionnelle.

CHAPITRE III

DÉVELOPPEMENT — STATISTIQUES

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié la législation, le but, l'organisation et le fonctionnement des Mutuelles Chirurgicales.

Ce chapitre doit nous permettre de vérifier, d'après quelques chiffres que nous possédons, le résultat obtenu et les services rendues par les Mutuelles à la Nation.

Les comptes rendus des congrès et les chiffres que nous allons citer possèdent une importance générale; ils permettent de déterminer non seulement le développement rapide des Mutuelles Chirurgicales et leur effectif actuel, mais aussi le pourcentage et la mortalité opératoire qui semble être plus basse que la mortalité opératoire habituelle. Ce dernier résultat peut être expliqué par le fait que les mutualistes ne se préoccupent pas de la question matérielle et se font opérer à temps.

Examinant les chiffres concernant la morbidité chirurgicale en France, on constate que le risque chirurgical intéresse une partie importante de la population.

Les statistiques des Assurances Sociales montrent que l'on compte annuellement en France environ

15 pour 1.000 d'opérations des chirurgies et 10 à 12 pour 1.000 de spécialités (O. R. L., ophtalmologie). Elles montrent, en outre, que les frais de chirurgie occupent une place importante dans le budget des Assurances Sociales et que les chiffres cités sont encore bien en dessous de la réalité, parce que les hôpitaux publics ne les mentionnent pas dans leurs facturations.

Pour une dépense totale moyenne, qui est pour chaque assuré de 73,16 adultes, et 25,17 enfants, il y avait en :

1930-31	8,24 % de dépenses de chirurgie		
1932	7,76	—	—
1933	7,73	—	—
1934	8,79	—	—
1935	8,63	—	—

(D'après le *Journal Officiel* du 2 décembre 1938.)

L'importance du risque chirurgical nous donne la raison du développement rapide des Mutuelles Chirurgicales.

Les premières Mutuelles ont été créées il y a à peine quatre ou cinq ans. Actuellement, elles sont groupées pour la plus grande partie dans deux Fédérations : 1° La Fédération Nationale de la Mutualité; 2° La Fédération Nationale des Caisses Chirurgicales Mutuelles (Bordeaux).

Pour la première Fédération, nous voyons que le risque chirurgical a retenu particulièrement l'attention de la Mutualité, comme le témoignent les chiffres du rapport de M. André aux Etats Généraux de la Mutualité Française de 1938. L'enquête a donné 70 réponses :

- 8 Cliniques groupant plus de 900.000 adhérents;
- 36 Caisses créées au sein de l'Union Départementale avec 500.000 adhérents;
- 10 Caisses en formation.

Ces 46 Caisses font partie de l'Union Nationale des Caisses Chirurgicales Mutualistes. La même enquête a montré l'existence de 35 Caisses groupées dans une Union indépendante; ce sont celles de la Fédération Nationale des Caisses Chirurgicales Mutuelles.

Nous extrayons les chiffres suivants des comptes rendus des Congrès de cette Fédération qui groupe actuellement 350.000 adhérents répartis en 30 départements. M. Delmas, Secrétaire Général, dit dans son rapport : « Au lieu de 7 Caisses Chirurgicales Mutuelles affiliées l'an dernier, nous enregistrons, en 1936, 13 C. C. M. L'effectif est passé de 65.300 à 98.707. »

En 1937, le chiffre de ces C. C. M. atteint 22;

Et en 1938, 35 C. C. M.

Le tableau A annexé au rapport montre que : 1° La moyenne de séjour diminue avec l'importance de l'effectif. Cette durée s'établit en moyenne de 11 à 12 jours.

2° Le nombre total d'interventions pour un effectif global de 98.707 sociétaires atteint 1.881, dont :

- 66 % pour la chirurgie;
- 20 % pour l'O. R. L.;
- 4,3 % pour l'ophtalmologie.

3° Le pourcentage opératoire est assez variable, puisqu'il oscille entre 3,28 dans les Bouches-du-Rhône et 1,96 dans le Gard.

4° La constatation la plus intéressante est celle de la faible mortalité opératoire.

Sur 1.881 opérations, on compte seulement 25 décès post-opératoires, soit une proportion de 1,33 %.

La mortalité chirurgicale habituelle est, d'après les statistiques mondiales, de 4 à 5 %.

**

En ce qui concerne les rapports avec les Assurances Sociales, celles-ci remboursent des sommes importantes aux Mutuelles Chirurgicales, puisque toute une catégorie de Mutualistes sont des Assurés Associaux (cat. B).

Par exemple, pour 6 Caisses Chirurgicales Mutuelles où les honoraires et les frais de séjour ont atteint 2.319.639 francs, les Assurances Sociales ont remboursé 381.234 francs.

Le prix moyen d'une intervention est pour ces 6 Caisses de 1.100 francs.

**

Nous citons aussi quelques chiffres concernant une Mutuelle indépendante, par exemple la Mutuelle Chirurgicale de Toulon et du Var. Elle comptait au début du mois d'avril 1939 5.000 membres; au cours de l'année 1938, 50 opérations ont été couvertes :

O. R. L.	11
Urologie	1
Chirurgie générale	38

Le rapport financier montre au chapitre des recettes 145.249 francs et à celui des dépenses 126.067 francs. Fonds libres au 31 décembre 1938 : 19.171 francs.

Un excédent bénéficiaire de 13.854 francs et le solde de versements anticipés de 5.317 francs.

(Extrait du *Siècle Médical* du 15 avril 1939.)

*
**

Ces quelques chiffres nous permettent de constater qu'actuellement toutes les initiatives dispersées ont donné des résultats excellents. Nous pensons qu'il est temps que toutes ces Sociétés qui ont le même but soient unifiées, et l'Assurance Chirurgicale pourra dans ce cas prendre un essor encore plus important que l'Assurance Maladie. L'adjonction dans la prévoyance de la maternité rendrait aussi de grands services au point de vue social et national.

CONCLUSIONS

Le *risque chirurgical* pèse actuellement sur tout le monde. La mécanisation des transports entraîne même un risque de traumatismes accidentels pour les individus ne présentant pas des maladies chirurgicales. Le côté opératoire est bien résolu, mais la question pécuniaire reste à résoudre.

Une intervention chirurgicale, les examens nécessaires, le séjour en clinique entraînent des dépenses telles que le budget d'une famille modeste ne peut pas les supporter. D'où le drame chirurgical, fréquent dans les milieux ouvriers et les classes moyennes. Il faut payer avec les économies du ménage et même contracter des dettes, pour couvrir les frais de l'intervention, et attendre quelque temps avant que le chef de famille puisse reprendre son travail. Nous n'insistons pas davantage sur les *conséquences sociales* qui sont considérables.

Une solution excellente de ce grave problème nous est offerte par les Mutuelles Chirurgicales, qui assurent à l'individu et même à sa famille la gratuité des interventions chirurgicales nécessaires, moyennant des cotisations versées.

Le grand nombre des Mutualistes permet de maintenir le taux des cotisations assez bas. Le développement rapide des Mutuelles Chirurgicales, que nous

avons décrit dans les chapitres précédents, démontre d'une manière très probante l'utilité de ces organisations de solidarité.

Un certain facteur individuel favorise aussi le développement des Mutuelles Chirurgicales. C'est le *facteur psychique*, qui est d'une importance considérable. Les Mutuelles permettent aux personnes inscrites de vivre dans une tranquillité d'âme, qu'en cas d'intervention chirurgicale nécessaire elles seront opérées dans une maison de santé bien installée, et par un chirurgien expérimenté et connu. Parmi les gens qui adhèrent aux Mutuelles Chirurgicales, il y a un certain désir d'échapper à l'hôpital, qui conserve, injustement d'ailleurs et surtout en province, une mauvaise réputation. Il y a des individus qui se révoltent à l'idée qu'ils seront un jour des patients numérotés d'une salle d'hôpital.

Les Mutuelles Chirurgicales sont obligées de se protéger contre l'excédent des interventions opératoires, qui atteindrait gravement leurs finances, en instituant un *stage* de faible durée variant de deux mois à un an) que font leurs nouveaux adhérents.

Malgré cette précaution, elles constatent que, dans la première année après leur inscription, un grand nombre de leurs membres se font opérer; ce qui démontre que les raisons économiques obligent certaines personnes de vivre avec une affection chirurgicale latente, ce qui peut entraîner des complications redoutables pour la santé.

Ce fait est important à signaler, car il démontre que les Mutuelles Chirurgicales agissent favorablement sur la consommation médicale, ce qui est important au point de vue professionnel et social. La société gagne de cette façon un être capable de donner un plein rendement dans son travail.

Un grand nombre de Mutuelles laissent à leurs adhérents la liberté de choix de la clinique et du chirurgien (importance psychologique et thérapeutique).

Les moyens financiers de certaines Mutuelles leur permettent la création de cliniques ultra-modernes, contribuant ainsi à l'amélioration de l'équipement sanitaire du pays.

Vu :
Le Président,
L. TANON.

Vu :
Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUDIN, APPLETON. — Le Droit Médical. (Librairie du Monde Médical, 1939.)
- LAVIELLE (R.). — Les Caisses Chirurgicales Mutualistes (sous presse).
- LÉPINE. — La Mutualité. (Collin, 1909.)
- L. MABILLON. — La Mutualité française. (Bordeaux, Delmas, 1904.)

Nous nous sommes aussi documentés pour ce travail dans divers articles et comptes rendus extraits des publications suivantes :

- *Bulletin de la Fédération Nationale des C. C. M. de Bordeaux* et les Comptes rendus des Congrès 1935, 1936, 1937, 1938.
- *Le Concours Médical*, divers articles des docteurs Duchesne, Boudin, Massart, Delmas, etc...
- *Le Siècle Médical*, divers articles publiés en 1935, 1936, 1938, 1939.
- *Le Médecin de France* du 15 novembre 1938.
- *Bulletin Officiel de la Fédération Nationale de la Mutualité française*, n° 100, septembre 1938,

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
Législation. — But	15
Organisation. — Fonctionnement	19
Statuts	21
Devoirs des Sociétaires	24
Cotisations	25
Rapports avec le Corps médical	28
Développement. — Statistiques. — A. S.	30
Conclusions	35
Bibliographie	38
